

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE U

PERSONNE PHYSIQUE Début d'activité commerciale

Déclaration n° **U9401T952918**

reçue le
transmise le

Exemplaire destiné au Déclarant

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE STATUT QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salarié oui non

IDENTITE

2 NOM DE NAISSANCE **LECLERCQ**

Né(e) le **29/04/1951**

Nom d'usage **LECLERCQ**

Dépt. **62**

Commune **HENIN BEAUMONT**

Prénoms **Marie-José**

Domicile personnel : **Appt 28**

37 CHE Latéral

Pseudonyme

Commune : **ALFORTVILLE**

Nationalité **FRANCAISE**

Sexe M F

Code postal : **94140**

Bureau distributeur :

4 AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)

Avez-vous effectué une demande d'ACCRES oui non

ACTIVITE

5 ADRESSE PROFESSIONNELLE : **Appt 28**

37 CHE Latéral

Code postal : **94140** Commune : **ALFORTVILLE**

ACTIVITE

6 Date de début D'ACTIVITE **04/05/2011**

Vous n'exercez pas d'activité saisonnière

Activité(s) exercée(s) : **PRESTATIONS D'ECRITURE POUR PROFESSIONNELS ET PARTICULIERS**

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

PRESTATIONS D'ECRITURE POUR PROFESSIONNELS ET PARTICULIERS

Sa nature :

Services

Son lieu d'exercice :

non précisé

ACTIVITE NON SEDENTAIRE:

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 Régime micro social

Option de versement Trimestriel Mensuel des cotisations

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE **2510462427111 39**

Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général

Assurance maladie : organisme choisi **PREVADIES - CAMPI n° N7532**

Resterez-vous simultanément Autre **RETRAITE + PORTAGE**

OPTION FISCALE

8 VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC ou Spécial BNC)

Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

10 ADRESSE de correspondance :

Appt 28
37 CHE Latéral

Code postal : **94140** Commune : **ALFORTVILLE**

Téléphone(s) **01.48.93.08.13**
06.84.75.75.00

Fax/e-mail **mjlecrivain@free.fr**

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des informations inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales

11 LE DECLARANT désigné au cadre 2

LE MANDATAIRE

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à **ALFORTVILLE**

le **04/05/2011**

SIGNATURE

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE U

PERSONNE PHYSIQUE Début d'activité commerciale

Déclaration n° **U9401T952918**

reçue le
transmise le

Exemplaire destiné au Centre de Formalités des Entreprises

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE STATUT QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salarié oui non

IDENTITE

2 NOM DE NAISSANCE **LECLERCQ**

Né(e) le **29/04/1951**

Nom d'usage **LECLERCQ**

Dépt. **62**

Commune **HENIN BEAUMONT**

Prénoms **Marie-José**

Domicile personnel : **Appt 28**

37 CHE Latéral

Pseudonyme

Commune : **ALFORTVILLE**

Nationalité **FRANCAISE**

Sexe M F

Code postal : **94140**

Bureau distributeur :

4 AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)

Avez-vous effectué une demande d'ACCRES oui non

ACTIVITE

5 ADRESSE PROFESSIONNELLE : **Appt 28**

37 CHE Latéral

Code postal : **94140** Commune : **ALFORTVILLE**

ACTIVITE

6 Date de début D'ACTIVITE **04/05/2011**

Vous n'exercez pas d'activité saisonnière

Activité(s) exercée(s) : **PRESTATIONS D'ECRITURE POUR PROFESSIONNELS ET PARTICULIERS**

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

PRESTATIONS D'ECRITURE POUR PROFESSIONNELS ET PARTICULIERS

Sa nature :

Services

Son lieu d'exercice :

non précisé

ACTIVITE NON SEDENTAIRE:

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 Régime micro social

Option de versement Trimestriel Mensuel des cotisations

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE **2510462427111 39**

Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général

Assurance maladie : organisme choisi **PREVADIES - CAMPI n° N7532**

Resterez-vous simultanément Autre **RETRAITE + PORTAGE**

OPTION FISCALE

8 VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC ou Spécial BNC)

Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

10 ADRESSE de correspondance :

Appt 28
37 CHE Latéral

Code postal : **94140** Commune : **ALFORTVILLE**

Téléphone(s) **01.48.93.08.13**
06.84.75.75.00

Fax/e-mail **mjlecrivain@free.fr**

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des informations inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales

11 LE DECLARANT désigné au cadre 2

LE MANDATAIRE

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à **ALFORTVILLE**

le **04/05/2011**

SIGNATURE